

那覇市避難行動要支援者名簿の提供に関する同意書 兼 個別避難計画

この書類は、平常時から自治会、自主防災組織などの地域支援者に情報を提供し、災害時の避難支援に役立てるものです。

以下の問いに答え、チェック☑を入れて下さい。

問1 あなたは、災害時に誰の手も借りず自力で避難ができますか？

はい いいえ

問2 あなたは、施設入所中または長期入院中ですか？

はい いいえ

問3 あなたの個人情報を自治会などに提供してよいですか？

災害時に避難支援を受けるため、あなたの情報（氏名、性別、生年月日、住所、連絡先、必要な支援内容、同居者の有無）、身体状況（障害者手帳所持者、要介護者、指定難病、小児慢性特定疾病）を自治会、自主防災組織、那覇市民生委員児童委員連合会、那覇市社会福祉協議会などに提供することに同意しますか？

私の個人情報を自治会などに提供することに

同意します 同意しません

※同意の方は（裏面）個別避難計画もご記入下さい。

はい → 名簿に登録されず、個人情報の外部提供もしません

いいえ → 問2

いいえ → 問3

同意します → 名簿にそのまま登録され、個人情報を地域支援者に提供します
※（裏面）個別避難計画もご記入下さい。

同意しません → 名簿にそのまま登録されますが、個人情報の外部提供はしません

以上で質問は終わりです。署名欄に記載をお願いします。

署名欄	令和 年 月 日	住所
	氏名(本人)	那覇市
	生年月日(本人)	代理人
	年 月 日	本人との関係 ()

※支援者への情報提供に同意することにより、支援者から災害発生時における避難行動の際の支援を得られる可能性が高まりますが、支援者自身やその家族などの安全が確保されていることが前提のため、同意によって災害時の避難行動への支援が必ず受けられることを保障するものではありません。

※ 「緊急医療情報キット」の配付を希望する場合は、次の口にしレを入れてください。

那覇市社会福祉協議会が実施している、緊急医療情報キットの配付を希望します。
持病、薬剤情報、緊急連絡先などの情報を専用の容器に入れ、自宅の冷蔵庫に保管しておくことで緊急時及び災害時に備えるものです。

※ 聴覚、言語に障がいのある方へ
緊急時にFAXや電子メールで119番通報することができる「通報支援」を希望する方は、次の口にしレを入れてください。（必ずFAXもしくはメールアドレスをご記入ください）

音声での119番通報が困難なため、那覇市消防局の通報支援を申請します。
FAX : _____ メールアドレス : _____

【ここからは、同意いただいた方のみご記入ください】

(裏面) 第1号様式

この用紙を返信して下さい

那覇市 個別避難計画

フリガナ おなまえ お名前		男・女	けつえきがた 血液型 型 (RH: +・-)	どうきよにん 同居人 の有無	□あり () □なし
じゅうしょ 住所				せいねんがっぴ 生年月日	年 月 日 (歳)
でんわばんごう 電話番号		FAX		メール	
からだ 身体について	(しょうがいやかいごなどの状況) <input type="checkbox"/> 要介護 () <input type="checkbox"/> 要支援 () <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 (級) <input type="checkbox"/> 療育手帳 () <input type="checkbox"/> 精神保健福祉手帳 (級) <input type="checkbox"/> 難病 () <input type="checkbox"/> 目が不自由 <input type="checkbox"/> 耳が不自由 <input type="checkbox"/> ひとりで立つことや歩くことができない <input type="checkbox"/> 杖や歩行器を使用して歩く <input type="checkbox"/> 車いすを使用してほしい <input type="checkbox"/> 言葉や文字の理解がむずかしい <input type="checkbox"/> 顔を見ても知人や家族とわからない <input type="checkbox"/> 寝たきり <input type="checkbox"/> その他()				
かかりつけ医や 通所施設	(でんわ 電話)				
びょうめい 病名					
お薬					
きんきゅうれんらくさき 緊急連絡先	なまえ (お名前)	そくから (続柄)	じゅうしょ (住所)	でんわ (電話)	

ひなんばしょ 避難場所	ひなんじょ 避難所			
ひなんじょ 避難所で きをつけること	<input type="checkbox"/> 医療機器の電源が必要 <input type="checkbox"/> 人工呼吸器使用 (24時間 ・ 夜間) <input type="checkbox"/> 酸素随時必要 <input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> 吸入 <input type="checkbox"/> 人工透析 <input type="checkbox"/> 人工肛門 (ストマ) <input type="checkbox"/> 道尿 <input type="checkbox"/> アレルギー () <input type="checkbox"/> 栄養管理 (経管 ・ 胃ろう) <input type="checkbox"/> その他 ()			
ひなんしえんしゃ 避難支援者 (家族や近所の方) ※支援者の方の 了解を得てご記 入ください	なまえ (お名前)	ほんにん かんけい (本人との関係)	じゅうしょ (住所)	でんわ (電話)
		(家族・友人・近所)		
		(家族・友人・近所)		

上記記載内容に誤りがないことを確認するとともに、個別避難計画の内容については、那覇市、避難支援等関係者、避難支援者で共有することに同意します。

令和 年 月 日

氏名 _____

代理人氏名 _____

お問い合わせ先 **那覇市 福祉政策課 : Tel.098-862-9002**